

Participação social: um olhar sobre a representatividade nos conselhos de saúde no Brasil, a partir da Resolução 453/2012

I¹ Rita de Cássia Costa da Silva, ² Maykon Anderson Pires de Novais, ³ Paola Zucchi I

Resumo: O texto aborda a representatividade nos conselhos de saúde no Brasil, a partir de diretrizes propostas pelo Conselho Nacional de Saúde. O objetivo do estudo foi verificar a adequação dos conselhos aos critérios descritos na Resolução 453/2012, que demonstram a representatividade dos segmentos que compõem o coletivo. Foi realizado estudo descritivo, do tipo transversal, durante os meses de maio e junho de 2017. A população do estudo foi composta pelos conselhos de saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde, de acesso público e disponível na internet. Os resultados obtidos foram organizados considerando a distribuição geográfica dos conselhos. Foram identificadas as regiões com maiores índices de descumprimento do critério de paridade. Ficou demonstrado que as diretrizes para reformulação dos conselhos estão alinhadas a noção de representatividade, porém, não são garantia para a efetividade da representação. Estudos futuros poderão aprofundar as análises sobre a representatividade nos conselhos de saúde no Brasil, e identificar quais mecanismos são adotados pelas entidades para garantir efetividade da representação, bem como se ocorre renovação da representação. É recomendável que as normas que ordenam o funcionamento dos conselhos sejam permanentemente atualizadas para favorecer a participação social na saúde.

► **Palavras-chave:** Conselhos de saúde. Participação da comunidade. Sistema Único de Saúde. Brasil.

¹ Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP, Brasil (magripe@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-3135-371X

² Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP, Brasil (amaykon@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-8069-4927

³ Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP, Brasil (pzucchi@unifesp.br).
ORCID: 0000-0002-0672-1584

Recebido em: 05/08/2019
Aprovado em: 17/01/2020
Revisado em: 18/05/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310210>

Introdução

Nos últimos anos a participação social em conselhos de políticas públicas foi amplamente difundida no Brasil e em vários países da América Latina (GURZA LAVALLE; ISUNZA VERA, 2010). A representatividade nos conselhos de políticas públicas evidencia a ampliação dos processos democráticos, especialmente no tocante à presença da sociedade civil. Os conselhos comprovam que a representação é um atributo importante dos processos democráticos (SANTOS; AVRITZER, 2003).

No Brasil, a representatividade é fator de destaque no campo da saúde pública, sendo que a participação social é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988). Nesse contexto, o tema da representatividade ecoa como uma discussão atual e necessária para compreender a dinâmica dos conselhos de saúde. Pesquisas anteriores, baseadas em estudos de casos, evidenciaram aspectos relacionados a legitimidade da representação nos conselhos e a compreensão de atores sociais sobre seu papel e a representatividade de instâncias participativas no Sistema Único de Saúde (REZENDE; MOREIRA, 2016; BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2015; MÜLLER NETO; ARTMANN, 2014). Neste estudo o recorte foi ampliado para adotar como unidades de análise todos os conselhos de saúde do Brasil e suas relações com as diretrizes nacionais que ordenam seu funcionamento.

O Conselho Nacional de Saúde estabeleceu por meio da Resolução 453/2012 parâmetros para o desenvolvimento das atividades dos conselhos que podem ser compreendidos a partir do conceito de representatividade sociológica, proposto por Archanjo (2011). Os conselheiros eleitos são signatários dos interesses daqueles que representam e, por isso, podem atuar na fiscalização e deliberação sobre a política pública de saúde. No entanto, quando não há engajamento e participação dos representados ocorre distanciamento entre os conselheiros e suas bases (VENTURA et al., 2017). A normativa em questão indica que a representação nos conselhos deve se dar por meio da presença de entidades (associações, movimentos sociais, organizações civis, sindicatos, federações, conselhos de classe, comunidade científica, entidades públicas, patronais e de prestadores de serviços) e representantes do Governo (BRASIL, 2012). Na instância governamental, os conselheiros são indicados pelos representantes do Executivo (ministro ou secretários de saúde). Os conselheiros que representam a sociedade civil (usuários, trabalhadores e prestadores

de serviços) devem ser eleitos em fórum especialmente convocado para esse fim, que indicará a entidade que ocupará a vaga para o respectivo segmento.

Da mesma forma outras diretrizes incluídas na Resolução 453/2012 remetem à questão da representatividade no campo da política pública de saúde. O critério de paridade para a composição dos conselhos e a realização de eleição também contribui para garantir a representação e o equilíbrio de forças entre sociedade civil e governo na tomada de decisões. Assim, o documento afirma que os conselhos devem ser organizados com composição paritária, ou seja, 50% dos componentes necessariamente deverão ser representantes de usuários do Sistema Único de Saúde e os 50% restantes serão distribuídos igualmente entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço da área de saúde pública. Além disso, os conselhos deverão ter um presidente eleito entre seus membros, em reunião plenária.

Os aspectos anteriormente destacados coadunam com a necessidade de enfrentar os permanentes desafios para a efetivação da participação social no setor saúde. O tema da baixa representatividade nos conselhos figura-se como um destaque e como um dos principais obstáculos a ser superado (GUIZARDI, 2015). Nessa perspectiva, é relevante discutir sobre a representatividade nos conselhos, a partir dos critérios previstos na Resolução 453/2012, documento que ordena o funcionamento de todos os conselhos de saúde implantados no Brasil. Portanto, esta pesquisa teve como objetivo verificar se os conselhos de saúde estão adequados aos critérios descritos na Resolução 453/2012, que demonstram a representatividade dos segmentos que compõem o coletivo: paridade, presença de entidades representativas do segmento usuário, trabalhador e prestador de serviço, eleição para presidente e segmento do presidente. O artigo descreve o cenário dos conselhos de saúde em âmbito nacional, a partir de análise que caracterizou as variáveis estudadas em todas as regiões brasileiras.

Material e métodos

Foi realizado estudo descritivo, do tipo transversal. Os estudos transversais permitem visualizar a situação de uma população em determinado momento (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2006). Além disso, são de melhor aplicação para abordagens descritivas, permitindo abordar populações bem definidas por meio de amostragem (SANTANA; CUNHA, 2014).

A população do estudo foi composta pelos conselhos de saúde do Brasil cadastrados em sistema de informação do Conselho Nacional de Saúde, com dados atualizados até abril de 2017. Foi utilizada fonte de dados secundários, por meio de pesquisa eletrônica no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), que compõe uma rede única de dados com informações sobre a composição e o cumprimento das normas legais para a participação social no Sistema Único de Saúde.

O SIACS é um banco de dados de acesso público, disponível na internet, que contém informações sobre os conselhos de saúde do Brasil. O cadastramento no SIACS é realizado mediante solicitação de acesso ao sistema pelos conselhos de saúde, e posterior emissão de senha exclusiva pelo Conselho Nacional de Saúde, para que cada conselho registre as informações requeridas para compor o banco de dados. Está em funcionamento desde 2012 com o objetivo de mostrar “a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionadas ao Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2012b).

Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2017, no formato individualizado² ou seja, registrados para cada unidade de análise singularmente, e organizados conforme a distribuição geográfica do Brasil (IBGE, 1977). Adotou-se como critério de elegibilidade estar cadastrado no SIACS no período da coleta. Os conselhos de saúde não cadastrados no SIACS foram excluídos do estudo.

Com base na Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi definido um conjunto de variáveis qualitativas que são características ou atributos de interesse para caracterizar as estratégias de reformulação adotados pelos conselhos de saúde. O estudo considerou as seguintes variáveis: paridade; presença de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde na composição do conselho; eleição para presidente e segmento do presidente.

Os resultados foram organizados considerando a distribuição geográfica dos conselhos. Na análise de dados foi utilizada a estatística descritiva, compreendendo as seguintes etapas: organização dos dados, tabulação simples, elaboração de tabelas de frequência, representação gráfica para relacionar categorias e indicar a presença ou ausência das variáveis de interesse.

A interpretação dos dados considerou os achados na literatura e as diretrizes expressas na Resolução 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A amostra do estudo foi composta por 4.742 conselhos de saúde cadastrados no SIACS, que representam 84,21% dentre os 5.631 conselhos de saúde existentes no Brasil. Outros 889 (15,79%) conselhos foram excluídos do estudo por não estarem cadastrados no SIACS no período da coleta de dados. Analisou-se a existência de paridade, presença de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde, eleição e segmento do presidente para identificar a adequação à Resolução 453/2012 e, conseqüentemente, evidenciar a representatividade dos conselhos.

Paridade

O estudo identificou que 3.097 conselhos (65,30%) estão adequados quanto ao critério de paridade proposto na Resolução 453/2012. O número de conselhos não paritários foi de 1.579 (33,30%). Destaca-se que 66 (1,40%) conselhos deixaram de informar a presença de paridade em sua composição. Os conselhos que apresentaram os maiores índices de inadequação à Resolução 453/12, em relação ao critério paridade, estão localizados nas regiões Sul (10,52%), Nordeste (9,25%) e Sudeste (8,43%) (Tabela 1).

Tabela 1. Paridade na composição dos conselhos de saúde, por Região

Região	Sim		Não		Não Informado		Total Geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	252	5,32	100	2,11	10	0,21	362	7,65
Nordeste	1.142	24,08	439	9,25	19	0,40	1.600	33,74
Sudeste	803	16,93	400	8,43	18	0,38	1.221	25,75
Sul	642	13,53	499	10,52	14	0,30	1.155	24,35
Centro-Oeste	258	5,44	141	2,99	05	0,11	404	8,51
Total	3.097	65,30	1.579	33,30	66	1,40	4.742	100,00

Fonte: Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)

Entre os 1.579 conselhos não paritários, foi identificado que o segmento gestor é o mais presente nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste. Na região Sul há uma presença maior dos usuários. No Centro Oeste os trabalhadores são o segmento

mais representado. Foram identificados 156 conselhos que não informaram sobre a quantidade de representantes de cada segmento.

Presença de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde

A Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde indica que a representação de usuários, trabalhadores e prestadores de serviço deve se dar por meio da presença de entidades representativas e de reconhecida abrangência nos territórios, garantindo a complementariedade do conjunto da sociedade nas decisões sobre a política de saúde. Ressalva que nos municípios onde não forem identificadas entidades, instituições ou movimentos organizados para compor o Conselho, os representantes deverão ser eleitos em plenária organizada de maneira ampla e democrática.

A grande maioria dos conselhos de saúde, em todas as regiões brasileiras está em acordo com a recomendação do Conselho Nacional de Saúde e declara presença de entidades representativas em sua composição para os segmentos de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde. No caso de usuários e prestadores de serviços, a totalidade da amostra em todas as regiões brasileiras contempla entidades representativas na composição dos conselhos. No segmento dos trabalhadores, verificou-se que apenas 66 (1,40%) dentre os 4.742 conselhos estudados não possuem entidades representativas em sua composição. Nesses casos, o conselheiro trabalhador não está vinculado a um coletivo, portanto, a vaga no conselho não é ocupada pela entidade, mas pelo indivíduo (Tabela 2).

Tabela 2. Presença de entidades representativas nos conselhos de saúde, por segmento e Região

Região	Usuário				Trabalhador				Prestador de Serviço			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	362	7,63	-	-	352	7,42	10	0,22	362	7,63	-	-
Nordeste	1.600	33,75	-	-	1.581	33,34	19	0,40	1.600	33,75	-	-
Sudeste	1.221	25,74	-	-	1.203	25,37	18	0,38	1.221	25,74	-	-
Sul	1.155	24,36	-	-	1.141	24,06	14	0,29	1.155	24,36	-	-
Centro-Oeste	404	8,53	-	-	399	8,41	5	0,11	404	8,53	-	-
Total	4.742	100,00	-	-	4.676	98,60	66	1,40	4.742	100,00	-	-

Fonte: Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)

Eleição e segmento do presidente

Entre os conselhos de saúde estudados 4.191 (88,39%) realizam eleição para escolha do presidente. Identificou-se a presença de 441 conselhos (9,30%) distribuídos por todas as regiões brasileiras que não realizam eleições para presidente e, portanto, não estão adequados às recomendações da Resolução 453/2012. Outros 110 conselhos (2,31%) não declararam a informação (Tabela 3).

Tabela 3. Eleição para presidente dos conselhos de saúde, por Região

Região	Sim		Não		Não Informado	
	N	%	N	%	N	%
Norte	330	6,96	21	0,44	11	0,23
Nordeste	1.411	29,75	147	3,10	42	0,88
Sudeste	1.014	21,38	175	3,69	32	0,67
Sul	1.055	22,25	81	1,71	19	0,40
Centro-Oeste	381	8,05	17	0,36	06	0,13
Total	4.191	88,39	441	9,30	110	2,31

Fonte: Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)

O estudo identificou também os segmentos (usuário, trabalhador, gestor/prestador) aos quais pertencem os presidentes eleitos dos conselhos. Observou-se que gestores/prestadores de serviço ocupam o cargo de presidente em 1.785 conselhos (37,63%). Os usuários assumem a presidência em 1.400 (29,52%) conselhos e os trabalhadores em outros 1.324 (27,92%). O resultado observado nas regiões apresenta características semelhantes. No Norte, Nordeste e Sudeste, os gestores/prestadores de serviço são os que mais ocupam o cargo de presidente do conselho. Nas regiões Sul e Centro Oeste, os usuários aparecem como aqueles que mais desempenham a função de presidência. Em todas as regiões, os representantes de trabalhadores figuram como o segmento menos representado na presidência dos conselhos (Tabela 4).

Tabela 4. Segmento dos presidentes dos conselhos de saúde, por segmento e Região

Região	Usuário		Trabalhador		Gestor/Prestador de Serviço		Não Informado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	130	2,74	101	2,13	116	2,43	15	0,33
Nordeste	292	6,16	442	9,32	794	16,72	75	1,58
Sudeste	329	6,94	334	7,04	494	10,40	64	1,35
Sul	491	10,35	311	6,56	291	6,13	62	1,31
Centro-Oeste	158	3,33	136	2,87	93	1,95	17	0,36
Total	1.400	29,52	1.324	27,92	1.785	37,63	233	4,93

Fonte: Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)

Discussão

A democracia brasileira se destaca no cenário internacional pela amplitude e volume de canais de participação, que cumprem a função de dilatar o acesso às políticas públicas. A participação social no Brasil se insere no contexto da mobilização pela redemocratização do país, que antecedeu e culminou com a promulgação da Constituição de 1988 (AVRITZER; MARONA, 2017). A grande expansão dos conselhos de políticas públicas no Brasil, em especial os conselhos de saúde, que foram implantados em todos os Municípios e Estados a partir de 1991, é fruto do processo de democratização iniciado na década de 1970. Nesse contexto, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira desempenhou papel de destaque na mobilização da população, trabalhadores e gestores em defesa da saúde como direito universal (PAIM, 2018). Esse movimento favoreceu a representatividade dos atores sociais na composição dos conselhos de saúde.

A Constituição Federal, ao estabelecer o SUS, definiu o caráter democrático de sua gestão administrativa, contemplando a participação social no acompanhamento e deliberação sobre a política de saúde (COTTA et al., 2010). Vários autores enfatizam a participação social como característica de destaque na gestão do sistema público brasileiro, a partir da década de 1990 (AVRITZER, 2011; COELHO, 2012; LÜCHMANN et al., 2016).

Assim como no Brasil, a participação social é característica marcante de outros sistemas de saúde no mundo. Na América Central, por exemplo, países como Costa

Rica e Guatemala, empenharam esforços para adotar processos descentralizados na gestão da política de saúde buscando integrar a comunidade no desenvolvimento de projetos locais, com enfoque comunitário (RUBIO; UGARTE, 2014). No caso brasileiro “embora esteja prevista na lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos, e, por muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos” (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p. 143).

Os conselhos de saúde, foco deste estudo, podem ser considerados experiências políticas de democracia participativa, que surgiram no contexto reivindicatório, por direito à saúde. Sua instituição traduz a mobilização de setores sociais interessados na efetivação de políticas públicas, a partir da horizontalidade, da inclusão e da democracia direta (SANTOS; AVRITZER, 2003; BONET, 2017). A democracia participativa confere ao cidadão a possibilidade de participar na tomada de decisões políticas (BUHLUNGU, 2003). Nos conselhos de saúde as reuniões constituem-se como assembleias públicas abertas à participação de todos os interessados. Por meio de resoluções, recomendações e moções os conselheiros deliberam sobre a política pública de saúde nas três esferas de governo.

Estudo realizado por Dib Zambon e Ogata (2011) destaca que o processo de implantação dos conselhos de saúde no Brasil ocorreu a partir de 1991, sendo potencializado por meio de Normas Operacionais Básicas de Saúde publicadas pelo Ministério da Saúde. Cotta et al. (2011) apontam que a existência dos conselhos de saúde no Brasil é condição e instrumento para a construção do direito à saúde. Os autores enfatizam que os conselhos constituem uma inovação, do ponto de vista político, institucional e cultural para a consolidação do Sistema Único de Saúde. É reconhecida a importância dos conselhos de políticas públicas para exercer o controle e fiscalização em governos democráticos (MENDES, 2007). Os conselhos expressam a necessária complementariedade entre a democracia participativa e a democracia representativa, pois são espaços abertos a participação da sociedade, onde todos os presentes têm direito a voz. As decisões são tomadas por meio do voto dos representantes eleitos e indicados para compor o coletivo. No entanto, conforme já amplamente discutido, a institucionalização dos conselhos, apesar de figurar como importante estratégia de democratização da saúde, “*per sí*, é insuficiente para que o processo decisório seja efetivamente democratizado” (MOREIRA; ESCOREL, 2009, p. 796).

No Brasil, a rotina dos conselhos de saúde é orientada pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução 453, de 10 de maio de 2012, que revogou a anterior Resolução 333/2003 e reafirmou orientações para o funcionamento dos conselhos garantindo o efetivo controle social no SUS, conforme preconiza a Lei 8.142/90. O documento foi publicado com o objetivo de oferecer diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos. É o instrumento mais recente para orientar o funcionamento dos conselhos, apesar de suas limitações quanto à ordem funcional já evidenciadas por Lima; Lima (2017). Este documento estabeleceu várias diretrizes entre as quais destacaremos aquelas que caracterizam estratégias para reformulação: paridade, eleição para presidente e presença de entidades representativas da sociedade organizada na composição do conselho (BRASIL, 2012). Tais diretrizes remetem à noção de representatividade ao estabelecer regramento para composição dos conselhos. A intenção expressa na resolução é garantir representação para favorecer tanto a presença de minorias, quanto a complementariedade do conjunto da sociedade (BRASIL, 2012). Além disso, almeja a primazia dos interesses coletivos sobre os individuais, estando o conselheiro vinculado a um grupo com quem assume o compromisso, quando de sua indicação, para representar interesses coletivos.

Estudos realizados no Brasil já destacaram a estreita relação entre representatividade e efetividade da participação nos conselhos de saúde (LUCHMANN, 2007; GURZA LAVALLE, 2006; AVRITZER, 2007; SANTOS, 2011). Cotta (1992), citado por Archanjo (2011), distingue três possíveis conceitos para caracterizar a relação entre representantes e representados: representação como delegação, como confiança e como espelho ou representatividade sociológica. A representação entendida como delegação comporta a ideia de que alguém é delegado a cumprir a vontade alheia, servindo como porta voz do representado e promovendo a defesa de seus interesses. Não se trata de representação direta e individualizada, mas de falar em nome de um determinado grupo, como é o caso de associações políticas, religiosas, de categorias profissionais, dentre outros.

A representação pensada como relação de confiança indica que o representante defende os interesses do representado, mas não há uma vinculação prévia a nenhuma prerrogativa estabelecida pelos representados. Nesse caso o representante tem autonomia para tomar decisões, sem necessitar da aprovação daqueles que representa, mas tendo em conta que o representante percebe e defende o interesse

dos representados. E, por fim, a representação como “espelho” centra-se nos efeitos da atividade representativa que busca ampliar a participação de diferentes grupos sociais, considerando a representatividade dos que são eleitos para representar a população (ARCHANJO, 2011). A partir dessa concepção, apreende-se que a qualidade da representação está diretamente relacionada a oportunidades de participação, que devem ser ampliadas para alcançar um maior número de representados (MIGUEL, 2017).

Dentre os elementos que destacam a representatividade na Resolução 453/2012 a primeira característica diz respeito à adoção do critério de paridade para composição dos conselhos. A concepção de paridade adotada pela normativa está ancorada no conceito de democracia proposto por Bobbio (1979), citado por Santos e Avritzer (2003), em que existe um equilíbrio representativo para garantir peso igual sem distinção econômica, social, religiosa e étnica entre os participantes. Nesse sentido, a paridade estabelece equiparação de forças entre a sociedade e o governo, garantindo que sejam contempladas as demandas da população na organização das políticas públicas. O conceito de paridade participativa proposto por Fraser (2007) também é útil para a análise da composição dos conselhos de saúde. De acordo com a autora, paridade indica relação direta à noção de reconhecimento como questão de justiça, que contempla o status social no sentido de participar como um igual na dinâmica das relações sociais, interagindo com os outros como um par (FRASER, 2007).

Assim, é preocupante a situação revelada neste estudo de que ainda existem conselhos não paritários no Brasil. Nesses casos, de antemão, perdura ainda um desequilíbrio de forças no acompanhamento e deliberações sobre a política pública de saúde comprometendo a noção de participação igualitária. Embora a paridade nos conselhos de saúde não seja suficiente para demonstrar a efetiva participação social na gestão do Sistema Único de Saúde, a existência de conselhos não paritários denuncia o descumprimento da Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação social na gestão do SUS. A inexistência de paridade sugere desequilíbrio que compromete a tomada de decisão e os processos de acompanhamento e fiscalização da política de saúde. Além disso, a presença maior de gestores/prestadores de serviços em três regiões coloca em xeque o papel fiscalizador dos conselhos de saúde, considerando que o controle social pressupõe o acompanhamento do desempenho dos gestores públicos por representantes da sociedade civil.

Os resultados obtidos em relação a variável paridade evidenciam, ainda, o descumprimento do Acórdão nº 1.660/2011, do Tribunal de Contas da União (TCU), que determina ao Ministério da Saúde que “abstenha-se de transferir valores aos entes da federação que não observam a paridade na composição do respectivo Conselho de Saúde, de forma a privilegiar as unidades que tenham compromisso com o efetivo controle social” (BRASIL, 2011). Frente ao cenário evidenciado pelo estudo se aplicada a determinação do TCU poderá comprometer o desenvolvimento das ações e serviços de saúde naqueles estados e municípios cujos conselhos não estão adequados ao critério de paridade.

A recomendação do Conselho Nacional de Saúde valoriza a presença de entidades representativas na composição dos conselhos espalhados pelo Brasil. Os resultados encontrados em todas as regiões são consoantes aos achados na literatura. A partir da década de 1990 vários conselhos de políticas públicas foram criados e passaram a adotar esse formato de representação estabelecido em normativas infraconstitucionais (RAMOS et al., 2012). A proposição da Resolução 453/2012 e os achados deste estudo estão alinhados ao consenso de que o associativismo é capaz de colocar em pauta as necessidades e reivindicações de grupos mais vulneráveis (LÜCHMANN, 2011). Destaca-se também que os estudos de Frazer, evidenciados por Cardoso (2012), corroboram a indicação da Resolução 453/2012, para que os conselhos incluam entidades representativas entre as vagas para a composição dos conselhos. A ideia de paridade participativa traduz a “capacidade de interagir na sociedade a partir de um ponto comum, ‘com representatividade adequada’ (grifo nosso), e possibilidade de influenciar as organizações político democráticas” (CARDOSO, 2012, p. 111). A presença de entidades na composição dos conselhos indica, ainda, a representação de grupos sociais organizados para a definição e acompanhamento da política de saúde. No entanto, somente a presença de entidades representativas não pode ser tomada como garantia de efetiva representação, pois há sempre o risco de cooptação da sociedade civil pelos setores hegemônicos do Estado. No entanto, a experiência brasileira é reconhecida pelo seu caráter inovador e referência como modelo contra hegemônico de democracia (SANTOS; AVRITZER, 2003).

A existência de paridade e a presença de instituições representativas entre os segmentos que compõem os conselhos sugere horizontalidade nas deliberações a partir de tomada de decisões consensuais. Expressam outra forma de deliberação democrática que amplia os contextos de deliberação para além do campo político

liberal (BONET, 2017). Portanto, permitem o aprofundamento democrático. A experiência dos conselhos de saúde, por seu caráter deliberativo possibilita a participação direta na tomada de decisão para efetivação da política pública. No entanto, já traduzem um novo formato de participação que contempla a inserção de organizações da sociedade civil e entidades participativas (MIGUEL, 2017). A recomendação descrita na Resolução 453/2012 evidencia esse formato que busca aproximar participação e representação. O indicativo de que a presença de entidades representativas entre os segmentos que compõem os conselhos seja considerada revela a preocupação com questões cruciais como garantir que os representantes e decisores da política pública de saúde não se distanciem de seus representados, e mantenham-se atentos às necessidades coletivas, além de haver a possibilidade da prestação de contas e diálogo permanente entre representantes e representados.

Não se pode afirmar que a presença de entidades na composição dos conselhos garanta a efetividade da representação, mas, sem dúvida, favorece a presença de interesses coletivos, pelo menos no momento da indicação do conselheiro, o que pode não ocorrer entre aqueles que não estão vinculados a instituições. Por isso, impõe-se a “necessidade de promover, de maneira ativa e permanente, a ampliação da capacidade de interlocução entre representantes e representados” (MIGUEL, 2017, p. 114). Cabe ressaltar que a Resolução 453/2012 prevê a possibilidade de existirem conselhos que não contemplam entidades entre os segmentos naqueles municípios onde tais organizações não existam em número suficiente para ocupar as vagas disponíveis.

Além dos aspectos normativos destacados neste estudo, outros fatores já evidenciados na literatura interferem na representatividade nos conselhos. Os mecanismos utilizados para escolha de representantes por parte das entidades que compõem os conselhos são pouco democráticos, ocorre distorção na representação, tanto pela permanência do mesmo conselheiro por vários mandatos, quanto pelo fato de outros segmentos ocuparem vagas reservadas aos usuários (BISPO JÚNIOR, GERSCHMAN, 2015). Rezende, Moreira (2016) evidenciam, ainda, a necessidade de aprofundamento dos laços entre os conselheiros e seus representados para que a participação social seja efetiva e transformadora.

Um achado importante é que, não obstante a presença da sociedade civil em equilíbrio com os demais segmentos na composição dos conselhos de saúde, quando ocorre a eleição para presidente os usuários aparecem em minoria. Assim, o estudo evidenciou que a maioria dos conselhos cumpre o critério de paridade, mantendo

maior representação da sociedade civil em sua composição, porém, este grupo é pouco representativo quando ocorre a eleição para presidente. Essa característica é corroborada por estudos que destacam os desafios para a efetivação da participação social, especialmente quanto ao equilíbrio de forças políticas para a tomada de decisão (BRAVO; CORREIRA, 2012). O resultado obtido indica que mesmo estando garantida a paridade na composição dos conselhos, há um desequilíbrio na participação social, quando identificado o segmento dos presidentes dos conselhos.

Tal situação é prejudicial ao exercício democrático e fere os preceitos constitucionais, especialmente, quando se considera o princípio da moralidade administrativa. Estudo realizado por Gavronski (2003) reforça nossos achados quando discute a necessidade de garantir a independência e autonomia entre os segmentos, já que os conselheiros exercem funções fiscalizadoras e de controle sobre a política de saúde. Os resultados obtidos neste estudo indicam avanço na democratização dos serviços de saúde, com crescimento da participação de usuários que assumem cada vez mais os espaços de deliberação, como é o caso dos conselhos. No entanto, conforme evidenciado, os gestores ainda ocupam a presidência na maioria dos conselhos de saúde, o que pode comprometer o efetivo controle e fiscalização. Tais conselhos se posicionam em desacordo com resolução recente do Conselho Nacional de Saúde que expressa a impossibilidade de gestores ocuparem o cargo de presidente dos conselhos, para preservar o princípio da segregação das funções de execução e fiscalização da Administração Pública (BRASIL, 2017).

Nossas descobertas agregam a outros aspectos importantes já evidenciados na literatura e que contribuem para o desequilíbrio de forças políticas no âmbito dos conselhos: a assimetria de saber entre os segmentos presentes nos conselhos; as reuniões organizadas a partir do planejamento dos gestores, situação especialmente agravada quando esse segmento ocupa a presidência, e os limitados investimentos em atividades de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde (MARTINS et al, 2013; BATISTA et al, 2010; OUVERNEY, MOREIRA e RIBEIRO, 2016).

Considerações finais

O estudo demonstrou a capilaridade do SIACS e a importância da Resolução 453/2012, que vai ao encontro da necessidade dos conselhos de obterem parâmetros para sua reformulação e funcionamento. Os achados são positivos em relação

ao grande percentual de conselhos adequados as recomendações do Conselho Nacional de Saúde. Após sete anos de sua publicação, a Resolução 453/2012 ainda é uma referência para a reformulação dos conselhos a vista o grande percentual de conselhos que estão adequados à norma, quanto aos critérios de paridade, presença de entidades representativas entre os segmentos e eleição para presidente. Assim, o Conselho Nacional de Saúde vem cumprindo importante papel no fortalecimento dos conselhos municipais e estaduais de saúde. Por outro lado, nosso estudo evidenciou as regiões onde ocorrem os maiores índices de descumprimento do critério da paridade, o que poderá orientar ações prioritárias dos órgãos de controle para garantir o cumprimento da Lei 8.142/90 e das recomendações do Conselho Nacional de Saúde.

A partir deste estudo, consideramos recomendável aprofundar as análises sobre a representatividade nos conselhos de saúde no Brasil, e identificar quais as entidades estão representadas nesses espaços. Além disso, é interessante observar se existe renovação da representação para contemplar diversidade e condições amplas de participação. Estudos futuros poderão também investigar se as entidades representadas nos conselhos desenvolvem mecanismos para acompanhar e supervisionar a atuação de seus representantes. E, ainda, verificar a efetividade da representação, ou seja, se aqueles que ocupam assento no conselho, de fato, dialogam com suas entidades e defendem interesses coletivos.

Embora não tenha sido objeto de investigação neste artigo avaliar a qualidade da representação que acontece nos conselhos de saúde, cumpre a nós destacar o necessário resgate de sua potência como espaços de novas construções democráticas, que ampliam a participação por meio da deliberação direta sobre a política de saúde. Esta pesquisa evidenciou que os pressupostos da Resolução 453/2012 para reformulação dos conselhos estão alinhados à ideia de representatividade que favorece a paridade participativa e o equilíbrio social na gestão da política de saúde. No entanto, em virtude das mudanças recentes na legislação infraconstitucional que ordena o funcionamento do SUS é recomendável que as referências para o funcionamento dos conselhos sejam permanentemente atualizadas para favorecer a participação social na saúde.

Destaca-se como limitação do estudo a utilização de dados secundários por permitir pouco controle sobre as informações coletados. Por se tratar de banco de dados de preenchimento direto pelos conselhos de saúde podem ocorrer diferentes

interpretações a depender da compreensão dos respondentes acerca dos quesitos da Resolução 453/2012, adotados como variáveis neste estudo. Apesar do alcance e da facilidade de acesso ao SIACS é pouco utilizado em pesquisas, e por ocasião da coleta ainda não abrangia a totalidade dos conselhos de saúde existentes no Brasil.

Referências

- ARCHANJO, Daniela Resende. Representação política: um diálogo entre a prática e a teoria. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, v. 19, n. 38, p. 65-83, fev. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782011000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 nov. 2018.
- AVRITZER, Leonardo. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: PIRES, R.R. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: Ipea, 2011. p. 124-135.
- AVRITZER, Leonardo; MARONA, Marjorie. A Tensão entre Soberania e Instituições de Controle na Democracia Brasileira. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 359-393, Apr. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582017000200359&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 dez. 2018.
- BATISTA, Adriana Aparecida et al. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 19, n. 14, p. 784-793, 2010.
- BISPO JUNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 183-193, jan. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2015000100183&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X000862>
- BONET, Antoni Aguiló. Fazer política através do espelho: vislumbres de outras democracias à luz dos indignados In: SANTOS, B. S.; MENDES, J. M. (Org.) *Demodiversidade: imaginar novas possibilidades democráticas*. Lisboa: Edições 70. 2017. p. 207-232.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* [recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal. Secretaria de Documentação, 2019. 533 p. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>. Acesso em 28 nov. 2019.
- _____. *Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 29 dez. 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 12 dez. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Geografia do Brasil*. Rio de Janeiro: SERGRAF; 1977.

_____. *Acórdão n. 1.660, de 22 de março de 2011*. Tribunal de Contas da União. Diário Oficial da União. 23 mar 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012*. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. 11 Mai 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 15 dez. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017*. Aprova Diretrizes para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução CNS nº 453/2012. Diário Oficial da União. 15 Jan 2018. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/siacs/Reso554.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. *Orientações para os conselhos de saúde*. Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_orientacoes_conselhos_saude_siacs.pdf. Acesso em: 15 dez. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 109, p. 126-150, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 dez. 2018.

BUHLUNGU, Sakhela. O reinventar da democracia participativa na África do Sul. In: SANTOS, B. S.; (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Porto: Edições Afrontamento. 2003. p. 115-143.

CARDOSO, Fábio Luiz Lopes. Cidadania, paridade de participação e o modelo de análise tridimensional de Nancy Fraser. *Rev. Sem Aspas*, Araraquara, v. 1, n. 1, p. 103-116, 1º semestre 2012. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/semaspas/article/view/6976>. Acesso em: 10 dez 2018.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 138-151, May 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2018.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 853-872, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2018.

DIB ZAMBON, Vera.; OGATA Márcia Niituma. Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 890-897, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a14.pdf>. Acesso em 15 dez. 2018.

DURÁN, Paulo Renato Flores; GERSCHMAN, Sílvia. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 884-896, 2014. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0884.pdf> Acesso em 15 dez. 2018.

FRASER, Nancy. Reconhecimento sem ética?. *Lua Nova*, São Paulo, n. 70, p. 101-138, 2007. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452007000100006>. Acesso 13 dez. 2018.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. Conselhos de Saúde, democracia participativa e a inconstitucionalidade da presidência nata. *Rev. direito sanit.*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 82-106, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81186>>. Acesso em 23 dez. 2018.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 5 nov. 2018.

GUIZARDI, Francine Lube. A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde. *Rev Eletron de Comum Inf Inov Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 1-7, 2015. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1028/1978>. Acesso em 5 nov 2018.

GURZA LAVALLE, Adrián; HOUTZAGER Peter P; CASTELLO Graziela. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. *Lua Nova*, v. 67, p. 49-103, 2006.

ISUNZA VERA, Ernesto; GURZA LAVALLE, Adrián. *La innovación democrática en América Latina: tramas y nudos de la representación, la participación y el control social*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores em Antropología Social, Universidad Veracruzana. 2010.

LIMA, Dartel Ferrari de; LIMA, Lohran Anguera. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1168-1176, Dec. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401168&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 dez. 2018.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; ALMEIDA, Carla; GIMENES, Éder Rodrigo. Gênero e Representação Política nos Conselhos Gestores no Brasil. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 789-822, setembro de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582016000300789&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 dez. 2018.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn. A representação no interior das experiências de participação. *Lua Nova*, v. 70, p. 139-170, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582016000300789&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 dez. 2018.

MARTINS, Camila Sartori et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, jul/set 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a07v37n98.pdf>. Acesso em 09 dez. 2019.

MENDES, Denise Cristina Vitale Ramos. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. *Rev. katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 143-153, Dec. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 dez. 2018.

MIGUEL, Luis Felipe. Resgatar a participação: democracia participativa e representação política no debate contemporâneo. *Lua Nova*, v. 100, p. 83-118. 2017. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/0102-083118/100>. Acesso 7 dez. 2018.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, jun. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 nov. 2018.

MÜLLER NETO, Julio Strubing; ARTMANN, Elizabeth. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 68-78, jan. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100068&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00136012>

OUVERNEY, Assis Mafort; MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes. Democratização e educação permanente; percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 186-200, dez 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 26 nov. 2019.

RAMOS, Michelle de Fátima et al. Conselhos setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão. *Saude soc.*, São Paulo, v. 21, supl. 3, p. 61-70, Dec. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000700006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 out. 2018.

REZENDE, Raphael Batista; MOREIRA, Marcelo Rasga. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários. 2013-2014. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. , mai. 2016. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n5/1409-1420/>. Acesso em 29 nov. 2019.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, Mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2018.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.

RUBIO, Ximena de los Ángeles Barros; UGARTE, Victoria Soledad Rivera. Normatividade y visión societal en políticas públicas participativas de salud en Centroamérica. *Rev. katálysis*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 242-251, Dec. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200242&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 nov. 2018.

SANTANA, Vilma Sousa; CUNHA, Sérgio. Estudos Transversais. In: ALMEIDA FILHO N.; BARRETO, M. L.; (Org.). *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2014. p. 186-193.

SANTOS, Boaventura Souza; AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B.S.; (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Porto: Edições Afrontamento; 2003. p. 35-69.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. *Rev. katálysis*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, Dec. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 nov. 2019.

VENTURA, Carla Aparecida Arena et al. Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 907-920, dezembro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400907&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 dez. 2018.

Notas

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 a quem os autores agradecem.

² O termo individuado foi proposto por Almeida Filho e Barreto (2014) em contraste com o tipo de coleta designado pelo adjetivo “agregado” e para distinguir do processo psicológico de “individualização”.

Abstract

Social participation: a look at the representativeness in health councils in Brazil, based on Resolution 453/2012

The text addresses the representativeness of the health councils in Brazil, based on the guidelines proposed by the National Health Council. The objective of the study was to verify the adequacy of the councils to the criteria described in Resolution 453/2012, which demonstrate the representativeness of the segments that comprise the collective. A descriptive cross-sectional study was conducted in May and June 2017. The study population consisted of health councils registered with the Health Councils Monitoring System, available to the public and available on the Internet. The results obtained were organized considering the geographical distribution of the councils. Regions with the highest rates of non-compliance with the parity criterion were identified. It has been shown that the guidelines for the reformulation of councils are aligned with the notion of representativeness, but do not guarantee the effectiveness of representation. Future studies may further analyze the representativeness of health councils in Brazil and identify which mechanisms are adopted by the entities to ensure the effectiveness of representation, as well as whether the renewal of representation occurs. It is recommended that the rules governing the functioning of councils be constantly updated to favor social participation in health.

► **Keywords:** Health council. Community participation. Unified health system. Brazil.

